



**CONSENT TO MEDICAL TREATMENT AND  
WAIVER OF LIABILITY (VISITORS)**  
**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO Y  
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD (VISITANTES)**

I, \_\_\_\_\_, being an authorized visitor under  
(Name)

Yo \_\_\_\_\_, siendo un visitante autorizado bajo  
(Nombre)

the Extended Family Visitor Program or other authorized program of the Department of Corrections, being eighteen (18) years of age or older, do hereby give my consent and authorize a Department of Corrections' health care provider to provide emergency medical treatment (first aid) or other non-definitive primary care as may be necessary to prevent pain, suffering, or prevent imminent threat to my life, limb or the following minor(s) as a result of an emergency situation.

*el programa de Visitas Familiares Extendidas u otro programa autorizado por el Departamento Correccional y teniendo dieciocho (18) años de edad o más, por el presente doy mi consentimiento y autorizo a un profesional médico del Departamento Correccional a proveer tratamiento médico de emergencia (primeros auxilios) u otra clase de atención médica no definida de primera necesidad para prevenir dolor o sufrimiento o para prevenir la amenaza inmediata a mi vida o cuerpo o a la vida o cuerpo del menor o menores de edad apuntados abajo, como resultado de una emergencia.*

I have the authority to make medical decisions for the minor(s) listed below,

*Yo tengo la autoridad de tomar decisiones médicas para el menor/los menores apuntados abajo,*

Minor(s) Name <i>Nombre(s) del menor/menores</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>

I hereby do waive, relinquish, and release any and all claims, demands, or causes of action which may arise against the state of Washington, Department of Corrections, the attending health care provider and all officers and employees of the Department of Corrections accruing directly as a result of each treatment, or as an indirect result of the administration of such medical treatment which, in the discretion of the health care provider, was reasonably necessary or advisable for dealing with an emergent health care problem.

*Por el presente, renuncio voluntariamente a todas reclamaciones, demandas o motivos de queja que puedan resultar contra el estado de Washington, el Departamento Correccional, el profesional médico que prestó atención médica, funcionarios y empleados del Departamento Correccional que resultan por el tratamiento o como el resultado directo de la administración de tratamiento médico que, a juicio del prestador de atención médica, era necesario o aconsejable para tratar el problema médico urgente.*

I do hereby further state that I have read the foregoing consent to treatment and waiver of liability and understand the contents thereof, and that such consent to treatment and waiver of liability are given of my own free act and deed and not under any undue influence, threat, or coercion.

*Por el presente, agrego además que he leído el consentimiento de arriba y la renuncia voluntaria de responsabilidad, entiendo el contenido y doy mi consentimiento para el tratamiento y la renuncia de responsabilidad libremente y no bajo ninguna influencia, intimidación o coacción.*

\_\_\_\_\_  
Consenting Visitor Signature/Firma del visitante que da su consentimiento

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

Subscribed and sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

Suscrito y juramentado ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

STATE OF \_\_\_\_\_ )  
                    ) ss.

County of \_\_\_\_\_ )

EDO. DE \_\_\_\_\_ )  
                    ) ss.

Condado \_\_\_\_\_ )

---

(Signature) / (Firma)  
NOTARY PUBLIC / NOTARIO PUBLICO

SEAL/SELLO

---

Title/Título

---

Printed Name/Nombre en letra de molde

---

My Commission Expires/Mi comisión vence